

Van individuele beslissers tot risicomangers. Een sociaal-wetenschappelijk perspectief op hiv-preventie bij jongeren

Hans Neefs

Centrum voor medische sociologie en gezondheidsbeleid, K.U.Leuven

Samenvatting

In dit artikel wordt de bijdrage van recent sociaal-wetenschappelijk onderzoek van het voorbije decennium met betrekking tot het thema van (on)veilig vrijen besproken. Er zal worden geargumenteed dat de onderzoeks aandacht in het voorbije decennium is verruimd van individuele gedragsdeterminanten naar de ruimere sociale context waarin seksueel 'risicogedrag' zich voordoet. Deze inhoudelijke verruiming is grotendeels te wijten aan de inbreng van sociaal-wetenschappelijk onderzoek dat zich kritisch positioneerde ten aanzien van het gevestigde psychologische gedragsonderzoek. Vervolgens wordt de vraag gesteld welke de implicaties van deze evolutie zijn voor de preventie van hiv bij jongeren in Vlaanderen.

In de westerse landen met een lage prevalentie van hiv lopen jongeren anders dan de subpopulaties van mannen die seks hebben met mannen, sekswerkers, intraveneuze drugsgebruikers, geen verhoogd risico op hiv. Belgische jongeren (15 tot 24 jaar) vertegenwoordigen bijvoorbeeld maar een beperkt aandeel in het totale aantal hiv-infecties (WIV, 2003). Toch genieten jongeren veel aandacht van preventiewerkers omdat ze een aanzienlijke seksueel actieve groep vertegenwoordigen die makkelijk bereikbaar is tegen relatief lage bijkomende economische kosten (via school, jeugdbeweging en jeugdorganisaties). Bovendien is het seksueel gedrag van jongeren nog niet definitief uitgekristalliseerd waardoor gedragsverandering meer mogelijk is dan bij andere leeftijdsgroepen. De preventie voor de doelgroep van jongeren vraagt vandaag voor een vernieuwende aanpak gegeven de gewijzigde medische en politieke dimensie van hiv en aids. Zo is aids door de enorme medische vooruitgang niet langer de angstaanjagende, acute ziekte van weleer en

hebben de jongeren van vandaag de immense politieke en publieke aandacht voor hiv en aids tijdens de jaren 1980 en begin jaren 1990 niet meer meegemaakt. Bijgevolg zou onveilige seks bij jongeren (Sheldon, 2001) net als bij de doelgroep van homomannen weer toenemen (Grulich, 2000; Vincke & Bleys, 2003).

Deze internationale trend brengt opnieuw het fenomeen van seksueel gedrag en de mogelijkheden om dit te beïnvloeden en wijzigen onder de aandacht. In een recent focus-groeponderzoek (Gavin, 2000) wordt nog maar eens de kloof tussen 'weten' en 'doen' in de verf gezet. Ook al hebben jongeren een degelijke kennis over hoe veilig te vrijen en gaan ze akkoord met officiële veilig vrijenboodschappen, vele praktische drempels en overwegingen zorgen ervoor dat zij toch onveilig vrijen. Gezondheidspromotors en wetenschappers kunnen op twee manieren op deze kloof tussen 'weten' en 'doen' reageren. Ofwel zijn de beoogde doelstellingen van kennisverwerving, attitude- en gedragsverandering niet voldoende gerealiseerd en is dit een argument om bestaande preventiestrategieën te intensifiëren, ofwel schort er iets aan de bestaande modellen om seksueel gedrag te begrijpen en te verklaren. Op dit laatste heeft het sociaal-wetenschappelijke perspectief de nadruk gelegd en een alternatief geformuleerd voor het dominante psychologisch georiënteerde onderzoek (Moatti & Souteyrand, 2000, Van Campenhoudt et al., 1997, Knops, 1996). In dit artikel bespreek ik kort dit sociaal-wetenschappelijk al-

Drs. H. Neefs, socioloog. Departement Sociologie, Centrum voor Medische Sociologie en Gezondheidsbeleid, K.U. Leuven. E. Van Evenstraat 2b, 3000 Leuven. E-mail: hans.neefs@soc.kuleuven.ac.be
Met dank aan Katrien Vermeire van Sensoa voor de vele nuttige tips en kritische reflectie op de verhouding tussen onderzoek en preventie.

Ontvangen 25 maart 2002; Geaccepteerd 10 november 2003

ternatief en poog ik de relevantie hiervan voor hiv-preventie voor de doelgroep van jongeren na te gaan.

Kritiek op het psychologische perspectief

In het fundamenteel onderzoek over (on)veilig vrijgedrag kunnen grofweg twee grote perspectieven worden onderscheiden. Enerzijds is er het 'psychologische model' dat zich richt op gedragsdeterminanten op het intrapersonlijke en interpersoonlijke niveau en anderzijds een sociaal-wetenschappelijke benadering die seksueel gedrag bekijkt vanuit sociale en omgevingsfactoren. In de literatuur wordt ook wel gesproken van respectievelijk een 'individuegeoriënteerde' en een 'relatiegebaseerde' benadering (Bajos & Marquet, 2000).

Het psychologische perspectief bestudeert hoofdzakelijk gedragsdeterminanten op het niveau van het individu (kennis, attitude, risicoperceptie, intentie, persoonlijke effectiviteit, zelfachting, perceptie van baten en kosten,...) en is grotendeels gericht op de realisatie van één specifiek gedrag, met name condoomgebruik. De verschillende psychologische gedragsmodellen hebben verder ook aandacht voor sociale factoren van seksueel risicogedrag. Dit laatste luidt echter een eerste punt van kritiek in vanuit sociaal-wetenschappelijke hoek. Psychologisch onderzoek zou 'het sociale' reduceren tot individuele percepties en beoordelingen van sociale omgevingskenmerken (collectieve normen, andermans gedrag, relaties,...) en sowieso onvoldoende aandacht besteden aan de ruimere sociale en culturele context waarin een seksuele activiteit de facto plaatsgrijpt. Naast deze individualistische 'bias', zijn de courante psychologische gedragsmodellen gebaseerd op een specifieke notie van rationaliteit aangezien zij consistente en voorspelbare relaties tussen cognities, attitudes, gedragsintenties en actueel gedrag veronderstellen. Bovendien wijzen ze aan individuen statische niveaus van persoonlijke kenmerken of capaciteiten zoals kennis, attitudes en gepercipieerd risico toe (Ingham & Van Zessen, 1997). Individuegeoriënteerde benaderingen hebben bijgevolg moeite met het gegeven dat individuen wiens gedrag in gunstige zin is gewijzigd, daarna toch nog onveilige seksuele contacten kunnen hebben (Bajos & Marquet, 2000).

Een model met meerdere niveaus

Het sociaal-wetenschappelijke perspectief begrijpt seksueel gedrag vanuit de kenmerken van de ruimere sociale context waarin een seksueel contact zich voordoet. Factoren van onveilig seksueel gedrag situeren zich bijgevolg op verschillende niveaus (Bajos & Marquet, 2000) met name het intrapersonlijke niveau van individuele kenmerken (1), het interactieproces tussen sekspartners en de relationele context van een

seksueel contact (2), de invloed van de nabije sociale omgeving (3) en institutionele en macro-sociale condities (4). Eaton et al. (2003) maken een vrij gelijkaardige indeling tussen persoonlijke factoren, de proximale context van interpersoonlijke en omgevingsfactoren en de distale context van culturele en structurele factoren. Waar het psychologische perspectief aandacht heeft voor het intrapersonlijke en interactieniveau bestudeert het sociaal-wetenschappelijke perspectief hoofdzakelijk het interactieniveau en de ruimere sociale en maatschappelijke context van (on)veilig vrijen. Dit impliceert dat beide perspectieven grotendeels complementair zijn in een interdisciplinair onderzoeksgebied. Ik bespreek kort de verschillende niveaus.

Individuele gedragsdeterminanten

Individuele gedragsdeterminanten vormen het onderzoeksterrein bij uitstek van gezondheidspsychologische en sociaal-psychologische gedragsmodellen (Knops, 1996). Gedrag wordt in deze modellen opgevat als een functie van individuele kennis en subjectieve evaluaties zoals overtuigingen, risicoperceptie, persoonlijke effectiviteit (de verwachting dat men met succes een bepaalde handeling kan stellen), perceptie van kosten en baten, gedragsintenties, zelfachting, perceptie van sociale normen, perceptie van gevolgen van gezondheidsgerelateerde gedrag. Een aantal courante gezondheidsgerelateerde gedragsmodellen met betrekking tot hiv-risicogedrag zijn het Health Belief-model, de theorie van beredeneerd (later: gepland) gedrag, de sociaal leren-theorie (Eaton et al., 2003; Knops, 1996), en verder het AIDS Risico Reductie Model (ARRM) (Catania et al., 1990; Catania et al., 1994) dat specifiek naar aanleiding van de aids-problematiek werd ontworpen en inzichten van voornoemde gedragsmodellen combineert. Het belang van deze gedragsmodellen voor hiv-preventie ligt in de geboden mogelijkheden om gedragsverandering te initiëren door mensen via educatieve preventie individueel aan te spreken en educatieve strategieën te ontwikkelen die op de diverse gedragsdeterminanten inwerken.

Interactie en relaties

Meer recent werd door psychologen een meer multidisciplinair perspectief geïntroduceerd door individuele gedragsdeterminanten een plaats te geven binnen een complexer interactiemodel. Een seksueel contact wordt hier opgevat als een interactie- en onderhandelingsproces tussen twee sekspartners over wat er gaat gebeuren. Onder meer het gedrag en de kenmerken van de sekspartner, de kenmerken van de plaats van het seksueel contact, de kenmerken van de seksuele relatie,

de seksuele biografie van de partners, de voorhanden (sub)culturele normen en overtuigingen, genderrollen en machtsverschillen binnen relaties worden als belangrijke factoren aangeduid (Frans, 1999; Ingham & Van Zessen, 1997; Buysse & Van Oost, 1997a, 1997b; Rademakers et al., 1992).

De aandacht verschuift hier van individuele persoonlijkheidskenmerken naar interactie- en communicatievaardigheden om met de partner over de modaliteiten van het komende seksuele contact te onderhandelen en deze in een bepaalde mate in een gewenste richting te beïnvloeden. Interactiecompetentie verwijst hier niet langer naar een duurzame, individuele eigenschap maar naar contextgebonden mogelijkheden van sekspartners om de interactie te sturen. Preventie moet in dit kader gericht zijn op de promotie van interactiecompetentie en algemene relationele vaardigheden. Het sociaal-wetenschappelijk onderzoek gaat nog een stap verder door de sociale interactie, de relatie, het sociale netwerk, de subcultuur of gemeenschap waartoe men behoort als eenheid van onderzoek te nemen. Deze sociale fenomenen leggen aan de betrokken individuen zowel seksuele en relationele handelingsmogelijkheden als -beperkingen op (Van Campenhoudt et al., 1997). Sociaal-wetenschappelijk onderzoek bestudeert zowel intersubjectieve, sociale factoren - bijvoorbeeld de betekenis van respect, vertrouwen, steun en bescherming in affectieve relaties die condoomgebruik ontraden (Sibthorpe, 1992), als objectieve patronen op geaggregeerd niveau - bijvoorbeeld de samenhang tussen de omstandigheden van ontmoeting tussen de sekspartners en de gehanteerde veilig vrijenstrategieën (Bajos & Marquet, 2000).

Dus sociale wetenschappers maar ook psychologen zijn op zoek gegaan naar complexere modellen en perspectieven die individuele en interactie/relatiekenmerken met elkaar trachten te verzoenen. 'Relatiegebaseerd' onderzoek zweert hierbij niet elke verwijzing naar individuele, rationele calculatie af maar argumenteert dat seksueel gedrag meer is dan louter het resultaat van individuele calculatie met betrekking tot één gezondheidsrisico. Het individu moet immers gezondheidsbelangen, relatiebelangen, voorafgaande ervaringen en emoties verzoenen met de veranderlijke situatiemarken van het seksueel contact, de verwachtingen en reacties van de partner, en de verwachtingen van de 'anderen'.

Sociale netwerken

De notie van 'sociaal netwerk' houdt in dat naast de sekspartner en de seksuele relatie, ook de ruimere sociale context impact heeft op individueel seksueel gedrag. Netwerken van affectief-emotionele relaties

(vrienden, kennissen, familie) vormen de sociale context waarbinnen een relationele en seksuele ontmoeting zich afspeelt en verspreiden of belemmeren veilig vrijen-boodschappen, het hiv-virus, innoverende gedragsnormen, enzovoort. Netwerken van emotioneel-affectieve relaties beïnvloeden seksueel gedrag op verschillende manieren: zij produceren en ondersteunen collectieve normen omtrent seksualiteit (1), mediëren informatie die van buitenaf komt (2), vertegenwoordigen een aanbod van potentiële seksuele partners (3) en kanaliseren informatie over het persoonlijke (en seksuele) leven van netwerkleiden (4) (Ferrand & Snijders, 1997). De aandacht gaat hier uit naar de vraag welke factoren de introductie of versterking van veilig vrijennormen respectievelijk in de hand werken of belemmeren. Dichte sociale netwerken bieden bijvoorbeeld meer mogelijkheden voor een openlijke praatcultuur over seksualiteit en de instandhouding van een geïntroduceerde collectieve veilig vrijennorm. Anderzijds worden sekspartners die vooraf al deel uitmaakten van het vriendennetwerk gemakkelijker als veilig beschouwd, ook al was het gestelde vertrouwen in deze personen op niet-seksuele aangelegenheden gebaseerd (Ferrand & Snijders, 1997).

De invloed van sociale netwerken op seksueel gedrag is des te belangrijker wanneer deze beperkt in aantal zijn, elkaar overlappen en/of de netwerkleiden zich sterk met elkaar identificeren. Preventieve interventies vereisen in dit kader een voorafgaande analyse van de diverse sociale netwerken in een groep, de opvattingen en normen in deze netwerken ten aanzien van veilig vrijen, de risicosituaties die zich voordoen wanneer seksuele netwerken met elkaar verbonden worden, de inventarisatie van invloedrijke netwerkposities (invloedrijke sleutelfiguren, vertrouwenspersonen,...). Ofschoon sociale netwerk-gebaseerde interventies eerder zelden voorkomen, is het sociale netwerk-concept complementair met strategieën voor individuele gedragsverandering (UNAIDS, 1999a).

Macro-sociale context

In het onderzoek over gezondheidsgedrag wordt sinds kort het gebrek aan aandacht erkend voor culturele en structurele factoren (Eaton et al., 2003). Culturele factoren verwijzen naar tradities, gedeelde waarden en overtuigingen, gedragsnormen en het heersende discours binnen de samenleving of een maatschappelijke groep omtrent aspecten van - in dit geval - seksualiteit en gender. Structurele drempels beperken de toegang voor bepaalde groepen tot onder meer gezondheids- en sociale voorzieningen, de arbeidsmarkt, het politieke leven en houden bestaande ongelijkheden en discriminaties in stand. Waar in niet-westerse landen

culturele en structurele ongelijkheden een numerieke meerderheid treffen, hypothekeken deze in de West-Europese landen doorgaans de gezondheidstoestand van specifieke subgroepen van bijvoorbeeld allochtonen, laaggeschoolden, kansarmen, drugsgebruikers. Het is bijgevolg niet verwonderlijk dat na twee decennia van hiv-preventie nieuwe gevallen van hiv in de Europese landen zich meer en meer concentreren bij bevolkingscategorieën met een lage sociaal-economische status, kortom groepen die over minder mogelijkheden beschikken om een gezonde levenswijze aan te nemen (Rosenbrock, 2000). Preventiestrategieën zijn in dit kader gericht op de participatie en emancipatie van de groep met een collectief gezondheidsprobleem, net als in sectoren van ontwikkelingssamenwerking en opbouwwerk gebruikt men hiervoor de term 'empowerment' (Stevens & Vandenbroucke, 2001). Dit impliceert interventies op diverse niveaus gaande van educatieve activiteiten tot lokale zelforganisatie, 'community-building', belangenbehartiging en lobbying waarin participatie van de doelgroep zelf centraal staat (La-bonte, 1994).

Uitdagingen voor preventie naar de doelgroep van jongeren

Samenvattend kan worden gesteld dat het sociaal-wetenschappelijke perspectief meer dan het psychologische perspectief de aandacht heeft gevestigd op de factoren van onveilig vrijen die buiten het individu liggen en zo de interdisciplinariteit van dit onderzoeksthema heeft benadrukt. Het resultaat is dat gezondheidspromotors vandaag bijkomende graden van complexiteit aan het fenomeen van seksueel gedrag moeten toekennen (1) en dat preventiedoelstellingen niet alleen voor het individu maar ook voor relaties, sociale netwerken en gemeenschappen kunnen worden geformuleerd (2). Wat betekent dit nu voor hiv-preventie voor de doelgroep van jongeren? Het eerste impliceert een inhoudelijke accentverschuiving in educatieve vormen van preventie (relationele en seksuele vorming, mediacampagnes, sociale marketing) waarbij jongeren als 'risicomangers' worden aangesproken door programma's die gezondheidspreventie en de promotie van relatievaardigheden combineren. Ten tweede kunnen gerichte interventies naar subgroepen van jongeren een combinatie van educatieve, participatiegerichte en structurele interventies inhouden die veranderingen op groepsniveau tot doel hebben.

Hierbij moet dadelijk worden opgemerkt dat sociaal-wetenschappelijk onderzoek geen nieuwe, kant-en-klare aanpak voor preventiewerkers aanbiedt aangezien dit onderzoeksperspectief nog erg recent is en een heteroog geheel van theoretische en methodologische

benaderingen vormt (Van Campenhoudt, 1999). Bovendien beschikt de preventiesector reeds over een groot arsenaal van gevestigde preventiemethodieken zoals model-leren, overredende communicatie, vaardigheidstraining, sociale steun, beloning en bekrachtiging die in gezondheidseducatie hun nut hebben bewezen. Het komt er dan vooral op aan dat preventiewerkers bij de ontwikkeling van preventieprogramma's inzichten uit sociaal-wetenschappelijk onderzoek integreren bij de keuze van programmadoelen, algemene methodieken en praktische technieken, strategieën voor implementatie, enzovoort. Wetenschappelijke literatuur biedt verder enkel een richtinggevend kader voor de ontwikkeling van preventieprogramma's. Zo is het opvallend dat preventieprogramma's vaak niet expliciet naar een specifiek theoretisch kader verwijzen (UNAIDS, 1999a) en bovendien kunnen methodieken zoals bijvoorbeeld peer education vanuit verschillende theoretische perspectieven worden gelegitimeerd (UNAIDS, 1999b). Dit betekent dat voor de ontwikkeling van preventieprogramma's naast wetenschappelijke kennis de geaccumuleerde praktijkervaringen van de gezondheidspromotors een niet te onderschatten rol vervullen (Schaalma et al., 2000; Kippax & Kinder, 2002).

Risicomanagement

Ik overloop kort een aantal inhoudelijke accentverschuivingen in educatieve preventie die met de term 'risicomanagement' kunnen aangeduid worden. Deze zijn vooral van toepassing op relationele en seksuele vorming op school en doelgroepgerichte 'peer education', en in mindere mate op sociale marketingstrategieën en mediacampagnes.

(1) van risicoperceptie naar risicoverzoening

Een seksueel contact vormt een meervoudige risicorealiteit. Naast gezondheidsrisico's worden jongeren in een seksueel contact geconfronteerd met onder meer het risico van zwangerschap, ongewenste seks, oneenigheid met de partner, relatiebreuk, slechte reputatie en het risico dat een seksueel contact niet doorgaat. Het individu moet bijgevolg niet louter één gezondheidsrisico op een adequate manier percipiëren en daaraan gedragsresultaten koppelen - zoals door de psychologische gedragsmodellen vaak impliciet wordt verondersteld - maar diverse risico's tegelijkertijd afwegen en zo mogelijk verzoenen. Preventie moet dan gericht zijn op de ondersteuning van jongeren in het herkennen, leren omgaan met en verzoenen van diverse risico's wanneer ze zich voordoen, wat Knops (1996) 'risicomanagement' noemt.

(2) van *risicogedrag naar risicosituaties*

Los van individuele karakteristieken en handelingen is het risico op hiv-besmetting voor hetzelfde individu op verschillende momenten niet altijd even hoog of laag. Knops (1996) onderscheidt voor jongeren de 'risicosituaties' waarin een jongere in een seksueel netwerk wordt opgenomen (intrede in een seksueel netwerk) of seksuele netwerken aan elkaar worden gekoppeld (intrede in een nieuwe partnerrelatie, parallelle partnerrelaties). Wat betreft de intrede in een nieuwe partnerrelatie geeft onderzoek aan dat naargelang de voorafgaande relatieduur langer was, de kans op condoomgebruik zowel bij een hernieuwing van de seksuele relatie met dezelfde partner als bij seksueel verkeer met een nieuwe partner vermindert (Bajos & Marquet, 2000). Het is op die momenten dat jongeren worden blootgesteld aan een reëel risico op besmetting. Dit impliceert dat educatieve preventie niet langer beperkt kan blijven tot de promotie van algemene gedragsnormen maar dat jongeren inzicht moeten verwerven in specifieke relationele situaties die een risico inhouden en hoe ze hiermee kunnen omgaan.

(3) van *kant-en-klare recepten naar handelingsautonomie*

Onderzoek geeft aan dat naargelang de situatie, relatie, partner en sociale omgeving andere preventiestrategieën worden gehanteerd ('negotiated safety', stilzwijgende introductie van het condoom, expliciete communicatie over condoom, vermijding van specifieke seksuele handelingen, partnerselectie,...). In plaats van een kant-en-klaar gedragsrecept aan te bieden, moet de jongere een zekere handelings- en keuzeautonomie worden gegeven door verschillende veilige(re) handelingsscenario's aan te bieden die aan zijn/haar persoonlijke ervaringen beantwoorden. De jongere kiest dan de strategie waarmee hij/zij zich in een specifieke situatie het meest vertrouwd voelt. In deze filosofie spreken educatieve preventieprogramma's jongeren aan als 'leerlingen' die bepaalde informatie ontberen én als 'specialisten' in hun eigen leef- en belevingswereld. Binnen de peer methode wordt bijvoorbeeld een onderscheid gemaakt tussen strategieën gericht op informatieoverdracht naar jongeren door peers ('peer voorlichting') en op participatie van jongeren ('peer support') (ten Holt et al., 2000). De combinatie van strategieën van educatie en participatie laat een open dialoogsituatie toe waarin de officiële preventiekennis en de eigen ervaringen van jongeren op gelijkwaardige basis aan bod komen en met elkaar worden verzoend. In deze formule komen de specifieke noden en verzoeken van jongeren voldoende aan bod, zei het binnen een uitgebreid programma van relationele en

seksuele vorming (gespreid over verschillende groepsessies) of in specifieke doelgroepgerichte programma's. Naargelang de doelgroep, preventiedoelstellingen en situatietekenen kunnen andere participatiebevorderende technieken worden gehanteerd, zoals bijvoorbeeld jeugdpanels, de inschakeling van paraprofessionals, en interactieve theaterproducties (zie ten Holt et al., 2000).

(4) *interactiecompetentie*

Aangezien een seksueel contact een onderhandelingsmoment inhoudt over wat er komen gaat, is de versterking van de onderhandelingspositie van jongeren een belangrijk doelstelling voor preventie. Naast de bevordering van interactiecompetentie en algemene relationele vaardigheden, is de behandeling van concrete crisisscenario's tijdens educatieve activiteiten belangrijk om bijvoorbeeld een sekspartner die weigerachtig staat tegenover veilige seks, te beïnvloeden.

Concluderend kan worden gesteld dat de herkenning en inschatting van specifieke risicosituaties, het verwerven van inzicht in de factoren die deze veroorzaken, de inschatting van diverse gezondheids- en relationele risico's, de afweging van diverse preventiestrategieën naargelang de kenmerken van de relatie, de partner en de situatie, de competentie om hierover verbaal en niet-verbaal te communiceren en te onderhandelen om een educatieve aanpak vraagt waarbij de preventie van gezondheidsrisico's en de promotie van relatievaardigheden en -bekwaamheid worden geïntegreerd. De trend naar een meer inclusieve aanpak wordt in Vlaanderen weerspiegeld in de ontwikkeling van het concept 'Goede minnaars' dat een geïntegreerde, educatieve aanpak omvat voor jongeren waarin de risico's op soa, ongewenst zwangerschap, onvrijwillige seks worden geïntegreerd in een ruimere aanpak van seksuele vorming. Op basis van het 'Goede minnaars'-concept werden voorlichtingsbrochures en vormingspakketten voor de sector van onderwijs en jeugdwerk ontwikkeld, en een Forum Seksuele Vorming (vandaag: Forum Jeugd, Relaties & Seksualiteit) georganiseerd waarin intermediairen uit diverse sectoren dit concept inhoudelijk en praktisch mee helpen implementeren (Frans, 1999).

Preventie gericht op relaties, netwerken, gemeenschappen

Preventieve interventies hoeven niet louter gericht te zijn op de jongere zelf. Ook voor de sekspartners van jongeren, hun sociale netwerken en de eventuele subcultuur waarvan ze deel uitmaken, kunnen preventiedoelstellingen worden geformuleerd. Bovendien verhogen structurele verwezenlijkingen zoals het syste-

matisch gebruik van kwalitatief onderzoek en een permanente dialoog tussen doelgroep, gezondheidspromotors en wetenschappers op lange termijn de effectiviteit van preventieprogramma's.

(1) focus op de sekspartner

De sekspartners van jongeren kunnen via doelgroepgerichte interventies worden aangesproken. Zo startte de Nederlandse Schorerstichting in 2001 een 'coming in'-campagne die een veilige intrede van homojongeren in het homoseksuele verkeer beoogde waarbij zowel de intreders als de meer seksueel ervaren sekspartner bewust werden gemaakt over hun gedeelde verantwoordelijkheid en risico's tijdens de coming in-fase (Schorer.nl, 2000). De toewijzing van een 'begeleidende' rol aan seksueel ervaren jongeren stimuleert hen om zich verantwoordelijk te voelen voor de 'veilige' vorming van minder ervaren sekspartners en stimuleert tevens de reflectie over de eigen seksuele levenswandel.

(2) focus op diverse rollen binnen het sociale netwerk

De inschakeling van jongeren die hun 'natuurlijke rol' van sleutelfiguur of vertrouwenspersoon in het eigen sociale netwerk vervullen is cruciaal voor de verspreiding van preventiekennis en de beïnvloeding van groepsnormen. Dit is verschillend van 'peer voorlichting' waarin leeftijdsgenoten worden ingeschakeld in een 'top down' preventieactiviteit waarvan de effectiviteit door Harden et al. (2001) in vraag wordt gesteld. Sleutelfiguren binnen vrijetijdnetwerken (jeugdverenigingen, sportverenigingen,...), vrienden- en kennissengroepen vormen voor anderen een rolmodel en kunnen interactie over seksuele gezondheid binnen het sociale netwerk introduceren. Als 'vertrouwenspersoon' worden jongeren regelmatig door hun vrienden aangesproken over vermeend onveilige contacten of relationele problemen. Hoe ga je bijvoorbeeld om met vriend(inn)en die beginnen twijfelen of ze misschien wel hiv hebben opgelopen? Op dergelijke momenten wordt tijdens vertrouwelijke gesprekken informele en officiële preventiekennis geëxpliciteerd en teruggekoppeld naar de seksuele ervaringen van zowel de vertrouwenspersoon als diegene die beroep op haar/hem doet (Ferrand et al., 1998). Over deze meer informele vormen van informatieoverdracht en sociale steun is tot nog toe amper onderzoek gebeurd. Preventiestrategieën gericht op de ondersteuning van jongeren in de rol van vertrouwenspersoon lijken alleszins een beloftevolle piste voor doelgroepgerichte preventie én relationele en seksuele vorming op school en in verenigingen. Vertrouwelijke gesprekken met anderen dan de sekspartner dragen bij tot de ondergraving van de 'spiraal

van stilte' binnen een groep van peers en problematiseren de vaak vertekende perceptie van het 'gemiddelde' gedrag van de 'significant others' (Latkin et al., 2003).

(3) kwalitatief onderzoek

Preventie op maat impliceert een identificatie van specifieke subculturen, en daarbinnen een systematische analyse van de betekenisgeving van en omgang met seksuele gezondheidsrisico's, de risicosituaties waarmee deze groep geconfronteerd wordt en de structurele en culturele factoren die deze in de hand werken. In dit kader is kwalitatief sociologisch onderzoek bijzonder waardevol en complementair aan kwantitatief gedragsonderzoek dat vertrekt vanuit algemene gedragsmodellen (Dowsett & Aggleton, 1999). Kwalitatief onderzoek sluit nauw aan op de alledaagse leefwereld van de doelgroep maar overstijgt niettemin anekdotische kennis over de doelgroep, en vormt bijgevolg een belangrijke informatiebron in de verschillende stappen van de ontwikkeling van een doelgroepgericht programma ('needs assessment', keuze van methodieken en technieken, implementatie, evaluatie). Bovendien kunnen onderzoeks- en preventiedoelstellingen worden gecombineerd. Zowel diepte-interviews als focusgroep- en panelgesprekken maken onder meer de selectie van sleutelfiguren, de promotie van dialoog met de doelgroep, de introductie van kennis over veilig vrijen, relationele en seksuele vaardigheidstraining en de evaluatie van het betreffende preventieprogramma mogelijk. Op dit moment wordt kwalitatief onderzoek te weinig geïntegreerd in de ontwikkeling van doelgroepgerichte preventie.

(4) participatie en dialoog

Aansluitend op het voorgaande impliceert preventie op maat een structurele dialoog tussen de doelgroep zelf die expertise heeft op het vlak van contextspecifieke seksuele en relationele ervaringen, wetenschappers die een onderzoeksexpertise hebben en gezondheidspromotors die professionele ervaring met specifieke methodieken en technieken hebben. Het historische voorbeeld bij uitstek is de doelgroepgerichte hivpreventie voor homomannen in vele Westerse landen (en dus ook Vlaanderen) vanaf de jaren tachtig. Kipax en Kinder (2002) argumenteren dat de systematische kritische dialoog tussen gezondheidspromotors, wetenschappers én leden van de homogemeenschap in Australië gezorgd heeft voor een effectieve en wetenschappelijke onderbouwde preventie waarbij wetenschappelijke kennis over seksueel gedrag, de ervaringskennis van de gezondheidspromotors en de specifieke noden en behoeften van de doelgroep op sys-

tematische wijze met elkaar verzoenden. Deze driehoeksdialoog waarin diverse soorten kennis met elkaar worden geconfronteerd, staat model voor hoe een doelgroepgerichte preventie op langere termijn impact heeft op een doelgroep. Eenzelfde organisatorisch kader lijkt essentieel voor preventieve interventies naar bijvoorbeeld migrantenjongeren, maatschappelijk kwetsbare jongeren, laaggeschoolde jongeren. Het moet gezegd dat van een duidelijke identificatie van deze minderheden binnen de ruimere jongerenpopulatie op dit moment in Vlaanderen geen sprake is bij gebrek aan gericht kwantitatief en kwalitatief onderzoek.

Conclusie

In dit artikel werd de bijdrage van sociaal-wetenschappelijk onderzoek aan het denken over hiv- en soa-preventie gedurende het voorbije decennium besproken. Haar verdienste bestaat in de erkenning van een seksueel contact als een meervoudige risicorealiteit voor jongeren, die ingebed is in een relationele context, in ruimere sociale netwerken en wordt beïnvloed door structurele en culturele condities. De vastgestelde paradox tussen 'weten' en 'doen' bij jongeren wordt binnen dit perspectief een meer genuanceerd en complex verhaal over 'risicomanagement'. Nochtans moet worden opgemerkt dat sociaal-wetenschappelijk onderzoek zeker geen monopolie heeft verworven op het onderzoek naar sociale factoren van (on)veilig vrijen. In die zin draagt het sociaal-wetenschappelijke perspectief bij aan het interdisciplinaire karakter van het thema van 'seksueel risicogedrag' in plaats van dat zij een concurrerend alternatief voor het psychologische perspectief vormt. Ook biedt sociaal-wetenschappelijk onderzoek geen innoverende, kant-en-klare methodieken aan omdat deze recente onderzoekdiscipline nog te weinig uitgekristalliseerd en inhoudelijk erg heterogeen is, en de vertaling van sociaal-wetenschappelijke onderzoeksresultaten door gezondheidspromotors (in dialoog met sociale wetenschappers) nog niet is gebeurd. Dit is verschillend van de gevestigde vaak psychologisch geïnspireerde methodieken die hun nut in gezondheidseducatie reeds geruime tijd hebben bewezen. Het is wel zo dat de recente integratie van seksuele gezondheidspreventie en relationele en seksuele vorming in Vlaanderen voor de doelgroep van jongeren beantwoordt aan een aantal conclusies uit sociaal-wetenschappelijk onderzoek. Verder zijn de combinatie van doelstellingen op individueel en groepsniveau, het gebruik van kwalitatief sociologisch onderzoek en de organisatie van een systematische dialoog tussen wetenschappers, gezondheidspromotors en doelgroep belangrijke verdere aandachtspunten voor de ontwik-

keling van preventie op maat voor (subgroepen van) jongeren.

Literatuur

- Bajos, N., & Marquet, J. (2000). Research on HIV sexual risk: Social relations-based approach in a cross-cultural perspective. *Social Science & Medicine*, 50, 1533-1546.
- Buysse, A., & Van Oost, P. (1997a). Appropriate' male and female safer sexual behaviour in heterosexual relationships. *Aids Care*, 9, 549-561.
- Buysse, A., & Van Oost, P. (1997b). Conflicting male and female perceptions of safer sexual behaviours. *International Journal of Adolescent Medicine & Health*, 9, 71-83.
- Catania, J.A., Coates, T.J., & Kegeles, S.M. (1994). A test of the AIDS Risk Reduction Model: psychosocial correlates of condom use in the AMEN Cohort Survey. *Health Psychology*, 13, 548-555.
- Catania, J.A., & Kegeles S.M. (1990). Towards an understanding of risk behaviour: an AIDS Risk Reduction Model (ARRM). *Health Education Quarterly*, 17, 53-73.
- Dowsett, G., & Aggleton, P. (1999). *Part one: Young people and risk-taking in sexual relationships. In UNAIDS. Sex and youth: contextual factors affecting risk for HIV/AIDS. A comparative analysis of multi-site studies in developing countries.* Geneva: UNAIDS.
- Eaton, L., Flisher, A.J., & Aaro, L.E. (2003). Unsafe sexual behaviour in South African Youth. *Social Science & Medicine*, 56, 149-165.
- Ferrand, A., Marquet, J., & Van Campenhoudt, L. (1998). Social networks and normative context. In M. Hubert, N. Bajos & T. Sandfort (Eds.), *Sexual behaviour and HIV/AIDS in Europe*, pp. 303-327. London: UCL Press.
- Ferrand, A., & Snijders, T. (1997). Social networks and normative tensions. In L. Van Campenhoudt, M. Cohen, G. Guizzardi & D. Hausser (Eds.), *Sexual interactions and HIV risk. New conceptual perspectives in European research*, pp. 6-21. London/Bristol: Taylor & Francis.
- Frans, E. (1999). *Het concept goede minnaars. Onderzoek naar de integratie van preventieboodschappen in de seksuele vorming van jongeren.* Gent: CGSO
- Gavin, J. (2000). Arousing suspicion and violating trust: the lived ideology of safe sex talk. *Culture, health & Sexuality*, 2, 117-134.
- Grulich, A. (2000). HIV risk behaviour in gay men: on the rise? *BMJ*, 320, 1487-1488.
- Harden, A., Oakley, A., & Oliver, S. (2001). Peer-delivered health promotion for young people: a systematic review of different study designs. *Health Education Journal*, 60, 339-353.
- ten Holt, S., Hijmans van den Bergh, A., van Mechelen, P., & Uiterloo, G. (2000). *Peerpreventie en allochtone jongeren. Begripsbepalingen en omschrijving van de peer-methode & Verslag van de expertmeeting Peersupport in de multiculturele wijk.* Utrecht: Forum.

- Ingham, R., & van Zessen, G. (1997). From individual properties to interactional processes. In L. Van Campenhoudt, M. Cohen, G. Guizzardi & D. Hausser (Eds.), *Sexual interactions and HIV risk. New conceptual perspectives in European research*, pp. 83-99. London/Bristol: Taylor & Francis.
- Kippax, S., & Kinder, P. (2002). Reflexive practice: the relationship between social research and health promotion in HIV prevention. *Sex Education*, 2, 91-104.
- Knops, N. (1996). *Modellen van AIDS-preventie op het micro-, meso- en macro-vlak van de samenleving*. Antwerpen: U.I.A. - Departement Politieke en Sociale Wetenschappen.
- Labonte, R. (1994). Health promotion and empowerment: reflections on professional practice. *Health Education Quarterly*, 21, 253-269.
- Latkin, C.A., Forman, V., Knowlton, A., & Sherman, S. (2003). Norms, social networks, and HIV-related risk behaviors among urban disadvantaged drug users. *Social Science & Medicine*, 56, 465-476.
- Moatti, J.P., & Souteyrand, Y. (2000). Editorial: HIV/AIDS social and behavioural research: past advances and thoughts about the future. *Social Science & Medicine*, 50, 1519-1532.
- Rademakers, J., Luijckx, J.B., van Zessen, G., Zijlmans, W., Straver, C., & van der Rijt, G. (1992). *AIDS-preventie in heteroseksuele contacten. Risico-inschatting, voornemen en interactie*. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Rosenbrock, R., Dubois-Arber, F., Moers, M., Pinell, P., Schaeffer, D., & Setbon, M. (2000). The normalisation of AIDS in western European countries. *Social Science & Medicine*, 50, 1607-1629.
- Sibthorpe, B. (1992). The social construction of sexual relationships as a determinant of HIV risk perception and condom use among injection drug users. *Medical Anthropology Quarterly*, 6, 255-270.
- Schorer.nl (2000). *Coming in, coming out. Jongeren in de picture*. Schorer.nl, 1, 15-17.
- Sheldon, T. (2001). Safe sex message fails to get through to young people. *BMJ*, 323, 532
- Schaalma, H., Kok, G., & Meertens, R. (2000). Intervention mapping. In J. Brug, H. Schaalma, G. Kok, e.a., *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering, een planmatige aanpak*, pp. 73-88. Assen: Van Gorcum.
- Stevens, V., & Van den Broucke, S. (2001). Kenmerken, effectiviteit en evaluatie van gezondheidspromotie. In V. Stevens & S. Van den Broucke (Red.), *Gezondheidspromotie 2001. 10 jaar gezondheidspromotie in Vlaanderen*, pp. 15-46. Leuven/Apeldoorn: Garant.
- UNAIDS (1999a). *Sexual behavioural change for HIV: where have theories taken us?* UNAIDS Best Practice Collection. Geneva: UNAIDS.
- UNAIDS (1999b). *Peer education: concepts, uses and challenges*. UNAIDS Best Practice Collection. Geneva: UNAIDS.
- Van Campenhoudt, L. (1999). The relational rationality of risk and uncertainty reducing processes explaining HIV risk-related sexual behaviour. *Culture, Health & Sexuality*, 1, 181-191.
- Van Campenhoudt, L., Cohen, M., Guizzardi, G., & Hausser, D. (Eds.) (1997). *Sexual interactions and HIV risk. New conceptual perspectives in European research*. London/Bristol: Taylor & Francis: 44-58.
- Vincke, J., & Bleys, R. (2003). *Vitale vragen 2001*. Eindrapport. Antwerpen: Sensoa.
- WIV (2003). *Aids in België. Toestand op 31 december 2002. Semesterieel rapport nr. 56*. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV), Dienst Epidemiologie - College van Aidsreferentielaboratoria.

Abstract

From individual decision-makers to risk managers. A social-scientific perspective on HIV prevention among youth.

In this article, the contribution of scientific behavioural research of the past decade regarding (un)safe sex is at stake. The central argument is that research attention has been broadened from individual behavioural determinants to the wider social context in which sexual 'risk behaviour' occurs. This is largely due to the specific contribution social-scientific research, being critical of established psychological behavioural research, has made in this matter. Furthermore, the relevance of this evolution is discussed for HIV-prevention among youngsters in the Flemish Community of Belgium.
